



Gundula Göbel



Karl Schwaiger

Mag. **Gundula Göbel**  
Entlassungsmanagement  
Tennengau  
Mauttorpromenade 8  
A-5400 Hallein  
Tel.: 0043 (0) 664 2322188  
entlassungsmanagement@  
gesundheitsnetzwerk.at

### Schlüsselwörter

Entlassungsmanagement  
Case-Management  
Integrierte Versorgung

# Indirektes

## Entlassungsmanagement – Anspruch und Wirklichkeit

dargestellt am Beispiel des Reformpool-Projektes  
„Case- and Care-Management Tennengau“

Eine Bestandsaufnahme nach einem Jahr operativer Tätigkeit

Gundula Göbel, Karl Schwaiger

Der Artikel beleuchtet die praktischen Erfahrungen mit dem indirekten Entlassungsmanagement anhand eines konkreten Projekts im Salzburger Verwaltungsbezirk Hallein, Region Tennengau. In diesem Artikel soll jedoch nicht dem Ergebnis der Evaluierung vorgegriffen werden, sondern dargestellt werden, wie sich das indirekte Entlassungsmanagement (EM) in die Krankenhausstrukturen einfügt bzw. wie sich die Annahme und Akzeptanz des Konzepts aus Perspektive der Entlassungsmanagerin darstellt.

### Methode

Die Methode zur Erarbeitung des Artikels versteht sich deskriptiv-analytisch. Grundlage bildet der praktische Erfahrungshorizont der Entlassungsmanagerin während ihrer operativen Tätigkeit seit Mai 2008. Aus diesem praktischen Wissen wurden relevante Fragestellungen – insbesondere in Bezugnahme auf die Thesen des Projektantrages formuliert und beantwortet.

### Politischer Hintergrund

Aufgrund einer Vereinbarung gemäß Bundesverfassung, Artikel 15a gibt es den gesetzlichen Auftrag, in Österreich bis 2013 ein standardisiertes Entlassungsmanagement in sämtlichen österreichischen Krankenanstalten einzuführen (siehe dazu Ninaus Meznik 2009, S. 12).

#### Modell-Region für integrierte Versorgung Tennengau

gesundheitsnetzwerk.at

##### Modul 1

Information – Koordination – Kooperation – Koproduktion – Organisation – Qualitätssicherung für alle Genossenschaftsmitglieder = Gesundheits- und Sozialdienstleister der Region Tennengau

#### Entlassungsmanagement Krankenhaus Hallein

##### Modul 5

- Entlassungsplanung mittels Prozessstandards
- Befundübermittlung
- Beratung und Schulung



#### Seniorenberater in Gemeinden

##### Modul 2

- Hausbesuche von Case Manager
- Beratungsziel: lange Selbständigkeit zu Hause
- Hilfe und Unterstützung für pflegende Angehörige

#### Stationäre Seniorenpflege/ Soziale Dienste

##### Modul 4

- Stationäre Pflege und Betreuung
- Kurzzeitpflege, Tagesheimstätte
- Haushaltshilfe/Hauskrankenpflege

#### Niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

##### Modul 3

- ärztliche Behandlung/Betreuung sichern
- Kontakt pflegen – Info austauschen
- präventiv-medizinische Beratung

Abb. 1: Modellregion für integrierte Versorgung, Schwaiger K., 2008

Ausgehend von diesem Konsens des Gesetzgebers wurden bzw. werden in sämtlichen Bundesländern außer Kärnten und Tirol Reformpoolprojekte, welche sich inhaltlich mit dem Nahtstellenmanagement beschäftigen, durchgeführt.

Im Salzburger Verwaltungsbezirk Hallein wurde mit Beschluss der Salzburger Gesundheitsplattform vom 29. April 2008 das Reformpoolprojekt „Case- und Care-Management Tennengau“ bewilligt. Das Projekt wird bis Ende April 2010 vom Salzburger Gesundheitsfond (SAGES) finanziert. Grundsätzlich

leistet der SAGES Anschubfinanzierungen für Innovationen im Gesundheitsbereich. Das Land Salzburg sowie die Sozialversicherungsträger wiederum finanzieren den SAGES. Fokus des gesamten Projektes ist die Schaffung einer Modellregion für integrierte Versorgung. Entlassungsmanagement ist ein Modul des Gesamtprojektes. Der Tennengau ist ein politischer

**Title**

**Discharge Management – claim and reality according to the project Case & Care Management Tennengau**

**Abstract**

The aim of this article is to show how a certain kind of innovation was picked up by an institution respective a region. The Austrian health care system, as well as several other western European health Care Systems, faced significant changes during the past two decades. These changes were indicated by a decrease in the length of stay, a switch to a new system of hospital financing and billing – diagnose related groups (DRG) and an increase of medical possibilities. These changes were accompanied by other factors like growing life-expectation as well as an increasing amount of elderly multimorbid patients. The summary of all these factors showed (someplace) the need for a better discharge planning for patients from acute care units. Therefore in Austria an commitment to install a standard sized discharge planning in all Austrian hospitals by the end of 2013 was made between the republic and the countrys. The Tennengau is a region within the county Salzburg, where approximately 50.000 people live. The „Krankenhaus Hallein“ is a public hospital, owned by the community Hallein that provides basic medical treatment for the region. This article shows, how discharge planning was set up and established itself within this hospital and the region. The article further points out, how involved professions within the hospital, patients and their contact-persons reacted to the new offer.

Bezirk im Bundesland Salzburg mit rund 50.000 EinwohnerInnen. Das Krankenhaus Hallein als öffentliches Krankenhaus leistet die medizinische Grundversorgung der Region.

Eingebracht wurde der Antrag auf Bewilligung des besagten Reformpoolprojektes von einem Vorstand des Gesundheitsnetzwerk, Mag. Karl Schwaiger, dieser ist gleichzeitig Pflegedirektor des Krankenhauses Hallein. Als Träger des Reformpoolprojektes fungiert das Gesundheitsnetzwerk Tennengau, eine regionale Genossenschaft mit gemeinnützigem Status, welche die relevanten AnbieterInnen im Gesundheits- und Sozialbereich der Region Tennengau umfasst (siehe dazu [www.gesundheitsnetzwerk.at](http://www.gesundheitsnetzwerk.at)).

**Erwartete Effekte**

Im Projektantrag wurden unter Potential zur Kostenreduktion folgende Punkte angeführt:

- Kostenreduktion durch Vermeidung der Aufnahmen auf Grund von „Sozialer Indikation“
- Kostenreduktion auf Grund von Verweildauersenkung von 10% bei jenen 12% der PatientInnen, die durch das Entlassungsmanagement betreut werden.
- Kostenreduktion durch **Senkung der Wiederaufnahmerate** auf jeweils die Hälfte pro Jahr (Schwaiger K., 2007).

**Implementierung**

Zur Implementierung wurde die Umstellung von direktem (vom Pflegepersonal der bettenführenden Stationen geleistetem) zu indirektem (durch eine zentrale Stelle im Krankenhaus geleistetem) Entlassungsmanagement vollzogen. Mit dieser Maßnahme wurde sichergestellt, dass explizit Arbeitszeit für Beratung und Organisation der nachstationären Versorgung verfügbar wurde sowie die erforderlichen Systemkenntnisse bei einer Person konzentriert sind.

Zur Bewältigung dieser neuen Aufgabe im Entlassungsmanagement wurde eine diplomierte Pflegekraft mit mehrjähriger Berufserfahrung im stationären Bereich und akademischer Bildung in einem Auswahlverfahren als am Besten geeignet ermittelt. Die Anstellung der Entlassungsmanagerin erfolgt für die Dauer des Projektes über das Gesundheitsnetzwerk. Die Personalressource wird vorwiegend dem Krankenhaus Hallein sowie dem Krankenhaus Abtenau zur Verfügung gestellt und arbeitet mit den extramuralen Diensten sowie den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen der Region eng zusammen. Eine Zusammenarbeit mit den installierten Case-ManagerInnen der Sozialversicherungen ist ebenfalls vorgesehen.

Als Prozessstandard wurde die Orientierung am Case-Management gewählt. Die Entlassungsmanagerin entwickelte einen für das Krankenhaus gültigen Leitfadens, der sämtliche Schritte des Prozessstandards detailliert abbildet. Innerhalb dieses Leitfadens/Prozessstandards sind die einzelnen Schritte von der Identifikation, der Zuweisung, der Bearbeitung sowie der Dokumentation und der Evaluierung des Cases geregelt.

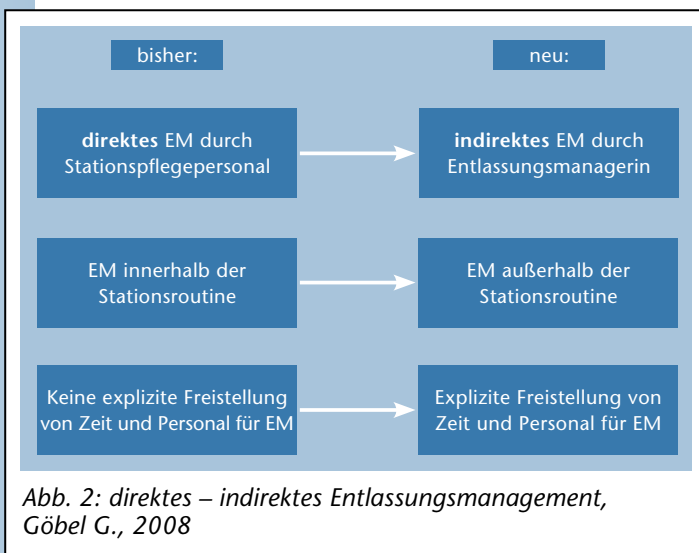


Abb. 2: direktes – indirektes Entlassungsmanagement, Göbel G., 2008

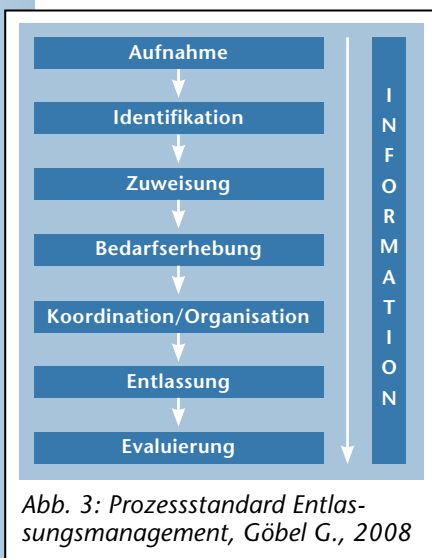


Abb. 3: Prozessstandard Entlassungsmanagement, Göbel G., 2008

Mit der Entwicklung des Leitfadens/Prozessstandards, der Vorstellung des Projektmoduls im Krankenhaus (Pflegeteams, ÄrztInnenschaft, Physiotherapie) sowie der Kontaktaufnahme mit den extramuralen SystempartnerInnen, der Einrichtung einer EDV-unterstützten Zuweisung und Dokumentation sowie Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes im Krankenhaus waren die Voraussetzungen für die Installation des Projektmoduls erfüllt.

**Keywords**

**Discharge-Management  
Case-Management  
Integrated care**

Die Entlassungsmanagerin nahm Mitte Mai 2008 ihre Tätigkeit auf. Im Zeitraum Mitte Mai 2008 bis Mitte Mai 2009 wurden insgesamt 258 Fälle dem indirekten Entlassungsmanagement zugewiesen.

## Identifizierung

Bei einer Anzahl von über 8000 stationären Aufnahmen (lt. Jahresbericht 2008) besteht die logistische Herausforderung, jene PatientInnen und Patienten herauszufiltern, welchen Entlassungsmanagement angeboten werden sollte, gleichzeitig jedoch die begrenzten zeitlichen Kapazitäten der Entlassungsmanagerin zu berücksichtigen.

Zur Identifikation des geeigneten Klientels wurde innerhalb des Prozessstandards als Initial-assessments das Discharge Risk Screening (DRS) implementiert.

Ziel des Assessments ist, PatientInnen mit einem komplexen Nachversorgungsbedarf zu identifizieren und sie zeitgerecht einem umfassenderen Assessment und einer Entlassungsplanung zuzuführen.

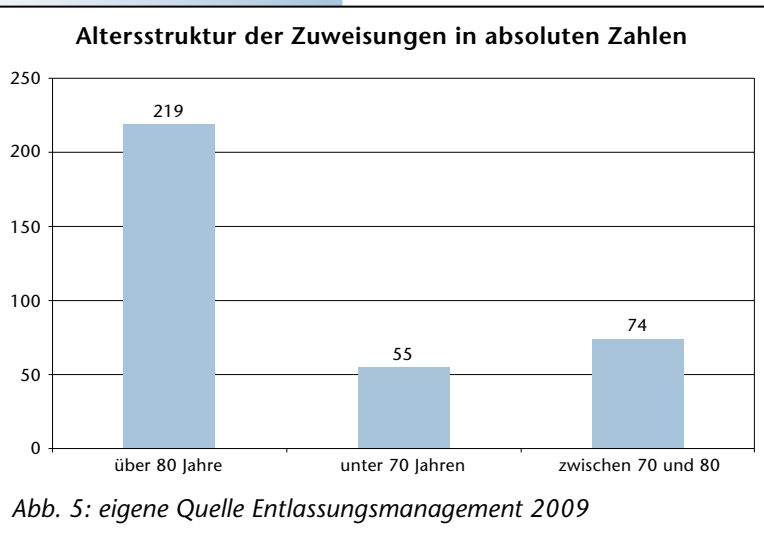
### Discharge Risk Screening (DRS)

a	Hat der/die PatientIn Selbstfürsorgedefizite?	Ja	Nein
b	Lebt der/die PatientIn alleine?	Ja	Nein
c	Pflegt PatientIn andere Angehörige?	Ja	Nein
d	Wurde PatientIn bereits vor der KH-Aufnahme von mobilen Diensten betreut?	Ja	Nein

Abb. 4: Discharge Risk Screening (DRS) Thomas & Associates 1998

Der DRS ist ein einfaches Instrument, welches auf vier Fragestellungen mit der Antwortkategorie Ja/Nein aufbaut (Abb. 4).

Bei der statistischen Auswertung der zugewiesenen Fälle, gepoolt in drei Altersgruppen, bestätigte sich die Annahme, dass geriatrische Patienten mit einem Lebensalter von 80+ das Hauptklientel des Entlassungsmanagements waren.



Die zugewiesenen Fälle zogen Interventionen in unterschiedlichster Ausprägung und unterschiedlicher Intensität nach sich – ohne dabei den definierten Prozessstandard zu verlassen.

Die Intensität der Bearbeitung durch das indirekte Entlassungsmanagement hing von der individuellen Konstellation, den Wünschen der Betroffenen bzw. Angehörigen, sowie der Compliance der Betroffenen, aber auch von den Anregungen des betreuenden Teams der Station ab.

Zusammenfassend können drei Stufen in der Tätigkeit des indirekten EMs unterschieden werden.

- allgemeine und/oder spezielle Beratung zu Fragen der nachstationären Versorgung,
- Unterstützung bei der Organisation nachstationärer Versorgung,
- Übernahme der Organisation nachstationärer Versorgung.

Abb. 5: eigene Quelle Entlassungsmanagement 2009

Nicht alle Zuweisungen betrafen PatientInnen und Patienten mit komplexem Nachsorgebedarf, vielfach benötigten Betroffene und Angehörige lediglich Beratung und waren im Anschluss daran in hohem Umfang selbstorganisiert.

Andere PatientInnen und Angehörige benötigten über die Beratung hinaus Unterstützung bei der Organisation der nachstationären Versorgung. Wiederum andere PatientInnen waren selbst nicht in der Lage sich zu organisieren und verfügten auch über kein unterstützendes familiäres/soziales Umfeld – in diesen Fällen war ein sehr umfangreiches CASE-Management – die komplette Übernahme der Organisation, erforderlich.

Mit Aufnahme der operativen Tätigkeit wurde evident, welche Tätigkeiten des Entlassungsmanagements tatsächlich benötigt/nachgefragt wurden.

Die häufigsten an die Entlassungsmanagerin herangetragenen Anforderungen waren:

- Erhebung Sozialanamnese,
- Klärung weiterer Versorgung,
- Beratung allgemein in Pflegefragen.

## Literatur

- Haussteiner M., 2009: Herausforderungen und Ressourcen im Schnittstellenmanagement zwischen intramuraler und extramuraler Versorgung im Bundesland Salzburg Diplomarbeit eingereicht am Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement der Fachhochschule Kärnten
- Kapounek, A.: Entlassungsmanagement in der Praxis in: Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ 50. Jhg. 2009, 06, S. 15-17
- Ninaus-Meznik S.,: Entlassungsmanagement in Österreich, in: Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ 50. Jhg. 2009, 06, S. 12-14
- Schwaiger K., 2007: Antrag auf Genehmigung des Reformpoolprojektes Case- und Caremanagement im Tennengau, Projektantrag gesundheitsnetzwerk.at, 2007
- Thomas and Associates 1998: Final Report of the Development of a risk screening tool for service needs following discharge from acute care Project abgerufen unter: <http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2008/discharge/reprisk.doc> am 07.01.2010

## Kurzbiografie

Mag.a **Gundula Göbel**,  
DGKS, dzt. operatives Entlassungsmanagement Gesundheitsnetzwerk Tennengau

Mag. **Karl Schwaiger**,  
DGKP, Pflegedirektor Halleiner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft, stellv. Vorstand Gesundheitsnetzwerk Tennengau

Hinsichtlich der erwarteten Effekte, wie einer Reduktion der Verweildauer bzw. Verringerung der Wiederaufnahmerate, muss das Ergebnis der Evaluierung abgewartet werden, um tatsächlich über „hard facts“ zu verfügen. Eine vorsichtige Vermutung, welche sich aus dem Erfahrungsschatz der einjährigen Tätigkeit speist, lautet jedoch:

Entlassungsmanagement kann einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung der Verweildauer sowie zur Reduktion der Wiederaufnahme aus sozialer Indikation leisten – jedoch braucht es über das Entlassungsmanagement hinaus ein bedarfsgerechtes Angebot im extramuralen Bereich sowie die Compliance der Betroffenen bzw. derer Angehörigen. Nur aus der Summe dieser drei Faktoren kann eine stabile nachstationäre Versorgungssituation kreierte werden.

Häufig war eine Entlassung aus dem Krankenhaus den Betroffenen schlichtweg unzumutbar, nämlich wenn in der entsprechenden nachsorgenden (stationären) Einrichtung keine Kapazitäten verfügbar waren. Der tatsächliche Entlassungszeitpunkt hing daher nicht von den „Fähigkeiten“ des Entlassungsmanagements ab, sondern von strukturellen Gegebenheiten. Hinsichtlich Entlassungen ins häusliche Umfeld stellte sich heraus, dass das Angebot im extramuralen Sektor mitunter dem Bedarf nicht gerecht wurde (vgl. Haussteiner 2009). So sind AnbieterInnen von Pflegedienstleistungen häufig nicht bereit, Betreuungen am Wochenende zu beginnen, was in der Praxis zu einem längeren Verbleib im Krankenhaus führte. Somit blieb – insbesondere bei Bedarf an pflegerischer Versorgung – das Krankenhaus als einzige Möglichkeit der Unterbringung.

Der entwickelte Leitfaden des Entlassungsmanagements auf Grundlage der Methode des Case-Management mit seinen einzelnen Prozessschritten stellt den idealtypischen Verlauf dar. In der Praxis zeigte sich vielfach eine sehr deutliche Disparität zwischen Theorie und Praxis.

Im Prozessstandard nicht aufgezeigt und als solcher benannt wurde der Punkt „Compliance“ – also die Zustimmung und aktive Mitarbeit des/der PatientIn an der nachstationären Versorgung.

Nicht alle PatientInnen waren gewillt, sich beraten und – im Hinblick auf eine stabile Versorgungssituation mit anderen LeistungserbringerInnen – „vernetzen“ zu lassen. Einigen PatientInnen fehlte die Einsicht, dass erhebliche Selbstfürsorgedefizite vorhanden waren, die es abzudecken galt. In anderen Fällen waren sich die PatientInnen der Fürsorgedefizite durchaus bewusst, waren jedoch nicht willens, die Erbringung erforderlicher Pflegedienstleistungen an professionelle AnbieterInnen zu delegieren. Diese Gruppe der Betroffenen wünschte implizit oder explizit eine Versorgung durch nahe Angehörige (meist Kinder, Ehepartner oder Geschwister). Nicht immer waren besagte nahe Angehörige auch willens und/oder in der Lage, die pflegerische Versorgung umfassend wahrzunehmen.

In der Praxis bedeutet dies, dass CM/EM nicht immer in der Lage war, PatientInnen nahtlos von intramural nach extramural zu vernetzen sondern dieses Bemühen an der fehlenden Compliance der Betroffenen und/oder deren Angehörigen scheiterte.

## Konklusion

Die Frage, ob indirektes EM sinnvoll ist – auch unter der Prämisse, dass die Abbildung direkter ökonomischer Benefits problematisch sein könnte – ist dennoch mit Ja zu beantworten.

Viele PatientInnen und/oder Angehörige empfanden die gewährte Hilfestellung als Erleichterung und Orientierungshilfe.

In der Organisation Krankenhaus konnten durch aktive Kommunikation die Abläufe, respektive Überleitung in andere Einrichtungen, vielfach gestrafft werden, da den PatientInnen und Angehörigen die Notwendigkeit, eine Perspektive für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu entwickeln, frühzeitig nahegebracht und gleichzeitig ein entsprechendes Informationsangebot zur Verfügung gestellt wurde.

Die Stationspflegeteams erleben die Tätigkeit der indirekten Entlassungsmanagerin als Entlastung. Angehörige und extramurale Systempartner schätzen die Verfügbarkeit einer zentralen Ansprechperson.

So gesehen ist indirektes EM oftmals gelungenes Schnittstellenmanagement – damit Entlassungsmanagement auch die optimale nachstationäre Versorgung organisieren kann, braucht es jedoch sowohl die Compliance der Betroffenen bzw. Angehörigen wie auch ein bedarfsgerechtes Angebot im extramuralen Bereich.

## PrinterNet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

[www.printernet.info/detail.asp?id=932](http://www.printernet.info/detail.asp?id=932)